

Liebe KollegInnen,

unser 18. Bremer Hausärztetag war mit 185 TeilnehmerInnen ein voller Erfolg. Gedankt sei in erster Linie dem neuen Organisations-Team, das hier zum ersten Mal die Verantwortung übernommen und damit verbunden das Konzept des Hausärztetages weiterentwickelt hat.

Zunächst möchte ich auf unsere nächste Fortbildungs-Veranstaltung am Mittwoch 14. Dezember aufmerksam machen. http://www.hausaerzteverband-bremen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/kollegen/Fortbildung/Flyer_Schnittstellen-Veranstaltung.pdf

Das soll weniger eine Fortbildung traditionellen Stils werden als ein interdisziplinärer Schnittstellen-Workshop: die Chefärzte aller medizinischen GeNo-Kliniken werden ebenso dabei sein wie viele Oberärzte und Assistenten.

Es wäre mir sehr unangenehm, wenn nur wenige HausärztInnen den Weg in die Kurfürstenallee 130 finden würden.

Besonders ist neben der Interdisziplinarität die Tatsache, dass es endlich einmal gelungen ist, eine Veranstaltung mit den VertreterInnen beider Bremer Hausarztgruppen gemeinsam zu planen.

Inhaltlich wollen wir uns

- mit den Klinik-Vertretern über Schnittstellen-Probleme austauschen und
- in Kleingruppen die Themen Entlass-Management, Medikations-Überleitung, Tumorthherapie und Kommunikationswege bei divergenten Leitlinienempfehlungen.

Ich hoffe sehr auf eine rege Teilnahme.

XX

Dem Magazin der KV Hessen habe ich die Idee entnommen, eine "Medikation des Monats" zu veröffentlichen.

Was halten Sie von dieser, die eine 62-jährige Patientin mit chronischem Schmerzsyndrom und aktuell Schulterproblemen aus ihrer Rehaklinik mitbrachte?

5.2 Medikation zum Ende der Maßnahme

Metamizol 500mg 2-1-2-1
Amitriptylin 25 mg 0-0-1-0
Meloxicam 15 mg 0-0-2-0
Omeprazol 20 mg 0-0-1-0
Levothyroxin/Kaliumjodid 50 µg (Thyronajod) 1-0-0-0
Estradiol/Dydrogesteron 1/5 mg (Femosteron conti) 1-0-
Irbesartan 150 mg 1-0-0-0
Ramipril/Hydrochlorothiazid 5/25 mg 1-0-0-0
Tramadol 50 mg 0-0-2-0
Naproxen 500 mg 1-1-0-0

Das Potenzial an für den Magen- und die Niere potenziell toxischen Substanzen finde ich ebenso erstaunlich wie die Co-Medikation von Sartan und ACE-Hemmer und Thyroxin mit Jod.

Wenn Sie ähnlich beachtliche Medikationspläne entdecken, würde ich mich über eine Zusendung freuen.

XX

Dem letzten DEGAM-Benefit von Michael Kochen, das alle DEGAM-Mitglieder ohnehin erhalten, entnehme ich diesen Beitrag zum Thema PSA:

1 wenige Benefits haben ein so lebhaftes Echo ausgelöst wie das vom 19. Oktober über **Diagnose und Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms**.

Kurz zur Erinnerung:

Eine im New England Journal of Medicine publizierte Studie aus dem UK (Protect T trial) hatte 1.642 Männer mit lokalisiertem Prostatakarzinom (diagnostiziert durch PSA-Screening und Biopsie) in drei Behandlungsgruppen randomisiert

- Aktive Überwachung (n=545)
- Operation = radikale Prostatektomie (n=553)
- Strahlentherapie (n=545)

Nach Ablauf von zehn Jahren

- zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der Gesamtsterblichkeit oder bei der krebsspezifischen Mortalität, jedoch Vorteile zugunsten der Operation bzw. der Strahlentherapie bei Metastasierung und Krankheitsprogression.
- Die Rate an erektiler Dysfunktion betrug nach Operation 79%-85%, nach Bestrahlung 62%-73%. In der Beobachtungsgruppe stieg die Rate von 51% nach 12 Monaten auf 70% nach sechs Jahren.
 - Bezüglich einer Inkontinenz lauteten die Zahlen nach Operation 17%-26%, nach Bestrahlung 3%-4%* (in der Beobachtungsgruppe anfangs 4%, nach sechs Jahren 8%).

* Miriam Becker, Medizinstudentin und DEGAM-Mitglied machte mich dankenswerterweise darauf aufmerksam, dass die ursprünglich genannte Zahl von 17%-26% Inkontinenz nach Bestrahlung ein Übertragungsfehler war.

Im Folgenden möchte ich anhand weniger Beispiele zeigen, in welche Richtung die **Debatte um das PSA-Screening und die Behandlung/Betreuung der über diesen Weg diagnostizierten Patienten geht.**

► Stellvertretend für die **durch die Studienergebnisse von Protect T bei einigen Urologen ausgelösten Ängste**, sei die Stellungnahme von Matthew R. Cooperberg, Lehrstuhlinhaber an der Abteilung Urologie der University of California in San Francisco genannt.

In einem Editorial für die Zeitschrift European Urology (Anlage) gab er zu Protokoll,

- die Diskussionen um das PSA-Screening würden die Prinzipien der

Risiko-Stratifizierung ignorieren,

- denn das Ziel des Screenings sei nicht die Entdeckung von Personen mit niedrig-malignen Veränderungen (von denen die meisten, selbst ohne Behandlung, nicht fortschreiten würden), sondern die frühzeitige Identifikation von Hochrisiko-Prostatakarzinomen
- und demzufolge müsse man auf jüngere Männer mit langer Lebenserwartung fokussieren.

Rein epidemiologisch gesehen keine falschen Gedanken – hätte man nur den angemessenen diagnostischen Test verfügbar. Mit dem grotesk niedrig spezifischen PSA-Test und einem noch früher als bisher einsetzenden Screening lässt sich dieses Ziel nicht erreichen, ohne dass man noch mehr Männer den Risiken von Biopsie und Überbehandlung aussetzen würde. Bei einer solchen Perspektive wären die **Prinzipien des Screenings ad absurdum geführt**.

Amerikanische Autor/innen aus Oregon und New haben sich kürzlich dieses Themas angenommen und stellen fest, dass **alleine die Verminderung der Gesamtmortalität Richtschnur für jegliche Screeningverfahren sein müsse**. Ihr Artikel „Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it“ wurde Anfang dieses Jahres im British Medical Journal veröffentlicht und ist dieser Nachricht als Anlage beigefügt.

► Aussagen, Studien wie Protect T seien auch künftig wiederholbar, dürften an der Realität scheitern: **Männer, bei denen im Rahmen eines PSA-Screenings ein lokalisiertes Prostatakarzinom diagnostiziert wurde, entscheiden sich, oft gegen den Rat ihres Urologen, zunehmend häufiger für ein aktives Monitoring und gegen Operation oder Bestrahlung** (wie z.B. eine Studie aus dem schwedischen National Prostate Cancer Register zeigt, in dem landesweit 98% aller Fälle gesammelt werden – Arbeit aus JAMA Oncology 2016 liegt bei).

Gescheitert ist wohl auch die **23 Millionen Euro teure PREFER-Studie**, quasi das geplante **deutsche Äquivalent von Protect T**. Unsere Kollegin Christiane Roloff hat PREFER von Anfang an kritisch begleitet. Ein Interview mit ihr aus dem Uro-Forum 2016 ist angehängt (Interessierte finden dort auch ihre Kontaktadresse).

► Die gute Nachricht kommt am Schluss: Die DEGAM hat aus all diesen Erkenntnissen den Schluss gezogen, ein **Sondervotum in die interdisziplinäre S3-Leitlinie Prostatakarzinom** einzubringen.

Gemäß diesem Sondervotum ist „ein **systematisches Ansprechen der Männer auf das PSA-Screening im Kontext Hausarztpraxis nicht zu empfehlen, da die Evidenz zum Nutzen eines PSA-Screenings nicht ausreicht und es deutliche Hinweise für einen potenziellen Schaden des PSA-Screenings gibt**“.

Die vormalige S1-Handlungsempfehlung wurde von unserem Kollegen Thomas Kötter als **DEGAM-Praxisempfehlung** (mit vielen instruktiven Grafiken)

umgearbeitet."

Hier die Handlungsempfehlung: <http://tinyurl.com/gt2u3rs>

XX

*Im letzten Sommer wurden wir mit folgender Kampagne beauftragt: Prostatakrebs zählt mit jährlich 67.000 Neuerkrankungen zu den häufigsten Krebsdiagnosen bei Männern in Deutschland. Aber nur 15 bis 20 Prozent der Männer nutzen die Möglichkeit der Früherkennung. Wie schafft man es also, Männer für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren? Mit diesem Ziel hat Janssen gemeinsam mit niedergelassenen Urologen und Vertretern aus den Bereichen Gesundheit und Sport die Aufklärungskampagne „**Deine Manndeckung**“ (www.deine-manndeckung.de) entwickelt, die Männer dazu animieren soll, sich über Prostatakrebs zu informieren und sie für das Thema Früherkennung zu sensibilisieren.*



Im Land Bremen wird die Kampagne von Werder Bremen, der AOK, dem BDU, dem Klinikum Bremen Mitte und dem DIAKO Krankenhaus unterstützt.

Ich schrieb an die Onkologen im KBM und im Diako, an die AOK und an Werder Bremen folgenden Brief (von Niemandem beantwortet!):

Sehr geehrter Kollege Trappe,

ich möchte Sie eindringlich bitten, sich dafür einzusetzen, die Unterstützung des Diako für die u.a. Kampagne der Pharmafirma Janssen-Cilag zu überdenken.

Mit der Bitte um kurze Rückmeldung bleibe ich

Mit freundlichen Grüßen

Frau Sabine Schröder
Janssen-Cilag
Strandstr. 42

27476 Cuxhaven

Sie fragen Herrn Dr. Mühlenfeld als Vorsitzenden des Bremer Hausärzterverbandes, ob sich der Hausärzterverband an Ihrer Kampagne „Manndeckung“ beteiligen wolle.

Einmal von der etwas merkwürdigen sexuellen Konnotation des von Ihrer Firma gewählten Begriffes abgesehen – die Antwort des Bremer Hausärzterverbandes kann nur ein eindeutiges **NEIN** sein.

1. Wirbt der Hausärzterverband nicht für ein Screening, für dessen Nutzen es keine ausreichenden Belege gibt
2. empfiehlt die hausärztliche Fachgesellschaft DEGAM eben wegen der fehlenden Nutzenbelege explizit NICHT, Männer auf ein PSA-Screening anzusprechen - siehe Sondervotum der DEGAM in der AWMF-S3-Leitlinie Prostata-Karzinom http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2014-12.pdf
3. werben wir Hausärztinnen und Hausärzte nicht für „individuelle Gesundheitsleistungen“ wie die der Bestimmung des PSA
4. beteiligen wir uns nicht an Kampagnen, die von Pharmafirmen wie Janssen/CILAG und Johnson&Johnson finanziert werden.

Ich fordere zugleich die im CC genannten Co-Adressaten auf, ihre Unterstützung für Ihre Kampagne zurückzuziehen.

XX

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Günther Egidi

Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen

für den Bremer Hausärzterverband

Landesverbandsvorsitzender

Dr.Hans-Michael Mühlenfeld

Woltmershauserstrasse 215a

28197 Bremen

fon +49 421 52079790

fax +49 421 52079791

www.Hausaerzterverband-Bremen.de

Vereinsregister des Amtsgerichts Bremen **VR 3744**

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail ist nicht gestattet.

This e-mail may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error) please notify the sender immediately and destroy this e-mail. Any unauthorized copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail is strictly forbidden.